

## **Del Discurso a la Práctica: La Percepción de Estudiantes de Pregrado de Medicina sobre su Formación Clínica.**

Ana Silvia Figueroa-Duarte\*  
Oscar A. Campbell-Araujo\*\*

### **RESUMEN**

**Introducción.** Como una actividad complementaria al curso de Neurología Clínica se efectuó durante 2004 y 2005 un taller sobre *literatura y medicina* por interés personal en este ámbito novedoso en México; se complementó con el análisis de la narrativa de los estudiantes de su práctica clínica. Inicialmente dicha disciplina se incorporó en las escuelas de medicina de los Estados Unidos con el fin de desarrollar habilidades humanísticas en médicos y estudiantes. En las dos últimas décadas se ha visto un creciente interés en este campo en países como Canadá e Inglaterra.

**Material y Métodos.** Realizado en Hermosillo, Sonora, con estudiantes de medicina del séptimo semestre de la Universidad de Sonora. Estrategias empleadas: a) Ensayos de textos literarios, y b) Reportes de su experiencia de la práctica clínica. Tipo de Estudio: prospectivo, observacional.

**Objetivo.** Acercar a los estudiantes al ámbito humanístico de la medicina, así como a su práctica clínica.

**Resultados.** Los estudiantes identificaron en los textos literarios de acuerdo a los temas propuestos, problemas que relacionaron con la realidad cotidiana en la que viven; lo cual les permitió reflexionar en aspectos tales como: las carencias que se viven actualmente en el sistema médico y la manera en que afecta la práctica clínica. Lo anterior, en un contexto donde predomina una cultura materialista y enfocada a la tecnología. Esto se complementó con el examen de su propia experiencia en la consulta médica. Detectaron necesidades en el desarrollo de habilidades e insuficiencia en su aprendizaje.

**Discusión.** Entre los aspectos más sobresalientes que arroja este estudio, destaca la identificación de las carencias y necesidades que los mismos estudiantes perciben de su aprendizaje; tales como la falta de práctica clínica, de convivir con las personas (los pacientes), aprendizaje limitado a los libros, así como de instructores que funcionen como modelo y guía.

**Conclusiones.** Consideramos impostergable diseñar dentro de la curricula, materias que contemplen cubrir necesidades del entrenamiento de la clínica. Esto requiere de invertir mayores recursos en enseñanza e investigación.

**Palabras Clave:** *Literatura y Medicina, Narrativa y Medicina, Medicina Narrativa.*

### **ABSTRACT**

**Material and Methods.** This study was carried out in Hermosillo, Sonora, México with the participation of third grade medical school students at the University of Sonora, strategies utilized in this investigation where: a) Literary text essays and reports on their clinical practice experience..

\* Doctora y Maestra en Ciencias Sociales. Licenciada en Administración, Psicología, y Literaturas Hispánicas. Investigadora Independiente.

\*\* Pediatra/Neuropediatra. Unidad de Terapia Infantil. Secretaría de Salud. Sonora. Investigador Independiente.

Type of study a prospective and observational

**Objective.** To bring near students to humanistic areas of medicine and into clinical practice.

**Results.** Medical students were able to identify in literary texts in accordance to themes propped, problems that they relate to with our everyday reality that they live actually; It allowed to reflect in aspects like; the deficiencies of the medical system and the way it effects their clinical practice in a context predominant of materialistic culture focused in technology.

The present work was complemented with a revision of their experience in medical clinical consultation: they detected the necessities in better development for abilities and deficiencies in their learning

**Discussion.** Two aspects are relevant in this study. We reemphasize the identification of deficiencies and necessities that the medical students perceived about their learning: lack of clinical practice, to relate with other persons (patients), learning limited to textbooks only, professor instructors that work like guides and role models.

**Conclusions.** We consider unpostponable to design and incorporate into medical schools curricula subjects to cover better with basic necessities of clinical practice that require more resources in learning and investigation.

**Key Words:** *Literature and Medicine, Narrative and Medicine, Narrative Medicine.*

## INTRODUCCIÓN

Los autores del presente trabajo decidimos introducir como actividad complementaria al Curso de Neurología en los años 2004 y 2005, un taller sobre *literatura y medicina*, por un interés personal en este ámbito novedoso en nuestro país; puesto que el curso oficial no lo contempla en su contenido. En el entendido de que podría ser de utilidad para los estudiantes el abordar temas humanísticos en su formación. Para tal propósito se les solicitó a los estudiantes eligieran un texto literario de una serie previamente seleccionada que se puso a su disposición, y posteriormente realizaran un ensayo. Asimismo, escribieran sus experiencias sobre su participación en la consulta médica (a cargo del coautor del presente trabajo), con la idea de acercarlos a la práctica de la consulta clínica. Tiempo después advertimos que el material narrativo recabado durante los cursos nos ofrecía una oportunidad inestimable para su análisis y reflexión; y nuevamente el interés compartido por la investigación en la enseñanza de la medicina nos llevó a realizar el presente trabajo.

Algunos antecedentes al campo designado como *literatura y medicina* se remonta a los años 60s, con las reformas educacionales establecidas en los Estados Unidos, mismas que llevaron a la introducción de programas de humanidades en la currícula escolar médica; donde fueron propuestos cursos para remediar el desequilibrio en la educación médica y práctica, la cual tenía mucho énfasis en el aspecto tecnológico de la salud y poco en los aspectos humanos de la medicina y la atención al enfermo. Un desequilibrio que podría haber sido el resultado del deslumbramiento con las nuevas tecnologías de rayos X hasta las de neuroimagen como la resonancia magnética, los antibióticos y las “drogas milagrosas” que parecían tener éxito ya sea que éstas fueran proporcionadas o no con compasión<sup>1</sup>.

En 1972 surge como disciplina académica y es

incorporada en las escuelas de medicina en EUA como un esfuerzo para apoyar a los médicos en su comprensión de lo que sus pacientes experimentan ante la enfermedad, y para reforzar su competencia narrativa y así llegar a alcanzar metas como la educación, el humanismo y el profesionalismo, facilitando habilidades para adoptar el punto de vista del paciente, imaginar lo que resisten, deducir lo que necesitan, reflexionar en lo que los mismos médicos experimentan al atenderlos<sup>2</sup>. Tender un puente sobre el vacío entre el *conocimiento* de los hechos acerca de la enfermedad y la *comprensión* de la experiencia del padecimiento del paciente<sup>3</sup>. Así, lo que una vez se consideró como “un barniz de civilización” para el médico culto: leer literatura, escribir en un estilo literario acerca de su práctica, ahora se ha reconocido como una parte central en el entrenamiento médico para lograr empatía y reflexión respecto a sus pacientes<sup>2</sup>.

Es así, como en las últimas dos décadas, en países como EUA, Canadá e Inglaterra se ha visto un creciente interés en este campo, que trasciende a la medicina tecnológica hacia una narrativamente competente. Es una de las áreas de las humanidades médicas de mayor crecimiento y una subdisciplina reconocida de los estudios literarios, que tiene sus propias revistas académicas, sociedades profesionales, programas escolares, y fondos federales para programas de entrenamiento y proyectos de investigación. De acuerdo con una encuesta de la Sociedad para la Salud y Valores Humanos (Society for Health and Human Values) hoy llamada Sociedad Americana de Bioética y Humanidades, en 1998, el 74% de las escuelas de medicina enseñaban cursos de *literatura y medicina* a sus estudiantes, y el 39% de éstas correspondía a un curso obligatorio<sup>4</sup>.

En sus años preclínicos y clínicos los estudiantes participan en cursos de literatura y talleres de escritura, usualmente impartidos por académicos en ambos campos: literatura y medicina como equipos interdisciplinarios. Esas

habilidades asisten al médico para entrevistar a los pacientes, establecer alianzas terapéuticas con éstos y sus familias, llegar a diagnósticos acertados y trabajar hacia metas clínicas apropiadas. Enseñan a los médicos acerca de la vida de las personas enfermas, los capacitan para reconocer el poder y las implicaciones de lo que ellos hacen. A través del estudio de las narrativas, se ha señalado que los médicos pueden entender mejor las historias de sus pacientes de sus enfermedades y su propia práctica médica, contribuyendo además a la pericia del médico en el ámbito de la ética clínica<sup>5-9</sup>.

Tales cursos han sido designados como “medicina narrativa” o “medicina basada en narrativa” para enseñar aspectos específicos de competencia narrativa donde se les alienta a los estudiantes así como a los profesionales del cuidado de la salud a escribir acerca de sus pacientes: el dolor y sufrimiento los entrena para interpretar y dar sentido a sus historias<sup>2</sup>. Y puesto que las personas enfermas dependen de las destrezas de los médicos para el diagnóstico, tratamiento efectivo y reconocimiento de su sufrimiento, y la medicina, a pesar de los deslumbrantes progresos en alcanzar las dos primeras metas su capacidad para cumplir la tercera se ha visto seriamente disminuida, es por ello que en las últimas dos décadas se ha observado en países desarrollados un giro hacia fomentar habilidades no sólo tecnológicas, sino también narrativas<sup>2</sup>.

Sin embargo, es importante aclarar que la medicina narrativa no es un sustituto para la práctica clínica, sino un complemento al reestablecer la centralidad de la historia del paciente en el encuentro clínico<sup>10</sup>. Y es precisamente esta relación médico-paciente el evento crítico de la medicina clínica, del que depende el resto del acto médico<sup>11</sup>.

La finalidad del presente trabajo es ofrecer al personal médico-docente un ejemplo real (concreto) de los resultados obtenidos mediante el empleo de disciplinas humanísticas en

este caso de la interrelación de la literatura y medicina, y de dos estrategias específicas: la lectura de textos literarios y la experiencia práctica clínica; que los lleven a reflexionar en dichos resultados y logren provocar un cambio en la visión respecto a la enseñanza de la clínica, con el entendido de que sólo es un punto de referencia e inspiración para pensar este ámbito de una manera reflexiva y creativa.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Espacio físico.** El presente estudio se realizó en la ciudad de Hermosillo, Sonora, con la participación de estudiantes de la Licenciatura en Medicina de la Universidad de Sonora, del séptimo semestre, dentro del curso curricular de neurología clínica. Dicha materia teórica-práctica se impartió en una de las aulas de la Unidad de Terapia Infantil anexa al centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora.

**Sujetos.** Un total de 39 alumnos de medicina participaron en este trabajo y correspondieron a los ciclos escolares 2004 y 2005, del VII semestre de la Escuela de Medicina de la Universidad de Sonora.

**Materiales.** Consta de dos tipos de materiales analizados: a) ensayos de textos literarios y b) reportes escritos de la práctica clínica.

a) Ensayos de textos literarios. En estos dos años se realizó un taller sobre *literatura y medicina* de una semana de duración. Se obtuvo la participación de manera voluntaria de los estudiantes y la libre elección de uno de los diez textos literarios propuestos para su revisión y análisis, previa selección con dos meses de anterioridad (Cuadro 1). Para ello se les indicó que en la lectura de los textos seleccionaran un tema a desarrollar: el humanismo en la medicina, la ética en la relación médico-paciente, la hegemonía médica, la deshumanización

**Cuadro 1**  
**Lecturas Seleccionadas**

Texto	Autor	Frecuencia (n=39)
I. Piedra infernal <sup>12</sup>	Malcolm Lowry	7
II. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero <sup>13</sup>	Oliver Sacks	6
III. Pabellón número 6 <sup>14</sup>	Anton Chéjov	6
IV. Con una sola pierna <sup>15</sup>	Oliver Sacks	4
V. Frankenstein <sup>16</sup>	Mary Shelley	4
VI. La isla de los ciegos al color <sup>17</sup>	Oliver Sacks	3
VII. Abraham Fortes <sup>18</sup>	Ricardo Garibay	3
En: De vida en vida		
VIII. Una cuestión personal <sup>19</sup>	Kenzaburo Oé	3
IX. La muerte de Ivan Ilich <sup>20</sup>	León Tolstoi	2
X. Escotoma: Una historia de olvido y desprecio científico <sup>21</sup>	Oliver Sacks	1
En: Historias de la ciencia y el olvido.		

en la práctica médica, y la tendencia a una medicina basada en evidencias. Como producto final se elaboró por cada uno de ellos un ensayo, que se presentó de forma tanto verbal como escrito en la semana del taller. Se efectuó la presentación ante los compañeros de grupo, con la participación y comentarios relativos a la exposición. El análisis de los ensayos elaborados por los alumnos corresponde a la primera de las dos partes que integran el presente reporte.

b) Reportes escritos de la práctica clínica. Consistió en los reportes escritos por parte de los estudiantes de medicina realizados en el transcurso de un semestre sobre sus experiencias al rotar en la consulta externa. Su participación se desarrolló en el consultorio de neurología pediátrica, con observación y supervisión del profesor tutelar del curso para su práctica clínica con los pacientes (niños y adolescentes) en consulta externa, tanto de pacientes de primera vez como subsecuentes. Previa autorización verbal de los padres se efectuó el proceso de la entrevista y exploración física y neurológica. Los alumnos rotaron en pares el tiempo determinado en el semestre, con una práctica diaria de dos a cuatro horas, llegando a repetir por cuatro ocasiones esta experiencia. Los alumnos fueron partícipes directos de la realización de la historia clínica y la revisión clínica-neurológica. Una vez concluida la consulta y sin la presencia del paciente y sus familiares se realizaron comentarios relativos al motivo de consulta y ciertas problemáticas obtenidas en este evento clínico, intercambiando experiencias y conocimientos con su profesor, y sugiriendo lecturas específicas a los estudiantes. De esta práctica clínica se entregó al día siguiente por cada uno de los alumnos sus comentarios por escrito de cada sesión.

**Método.** En total se revisaron 39 ensayos sobre los textos literarios, y se revisaron 93 textos de la experiencia en la práctica clínica con un total de 279 páginas para su revisión y análisis (Cuadro 2). Para el análisis del material narrativo se empleó una metodología de tipo cualitativa, enfocada al

contenido, en donde los autores identificaron temas relevantes que los estudiantes reportaron con mayor frecuencia, y que se retomaron para su posterior desarrollo; así como la organización en subtemas, tal como se indica y presenta en el apartado de resultados.

## RESULTADOS

En términos generales, los estudiantes identificaron en los textos literarios de acuerdo a los temas propuestos, problemas que relacionaron con la realidad cotidiana en la que viven; lo cual les permitió reflexionar en aspectos tales como: las carencias que se viven actualmente en el sistema médico y la manera en que afecta la práctica clínica. Lo anterior, en un contexto donde predomina una cultura materialista y enfocada a la tecnología. Esto se complementó con el examen de su propia experiencia en la consulta médica, donde detectaron necesidades en el desarrollo de habilidades e insuficiencia en su aprendizaje. Los resultados se presentan por temas relevantes encontrados en sus textos: la primera parte corresponde al análisis de sus ensayos y la segunda a las narrativas sobre sus experiencias en su participación en la práctica clínica.

### I) Primera parte

#### 1. Carencias en el sistema médico.

##### *La atención y el servicio en las instituciones de salud.*

Los textos literarios revisados por los estudiantes los lleva a reflexionar en cuestiones polémicas como la falta de infraestructura médica, de prevención de enfermedades y cómo ello contradice el discurso médico donde se instruye que “no existen enfermedades sino enfermos”. Aspectos como la saturación en el trabajo del médico como resultado de las exigencias de las instituciones que le marcan un ritmo de trabajo al cual debe someterse, los lleva a reflexionar “sobre una práctica deshonesta porque ningún paciente recibe realmente la atención que requiere”. Asimismo, el efecto del aburrimiento y monotonía en los mismos médicos y que se refleja en la atención a los pacientes lo identifican en el ámbito literario con la metamorfosis de un hombre que inicia como el joven médico interesado en ayudar y hambriento de cambios en su pequeña comunidad donde lentamente se va dando cuenta de que, no importa cuanto trate y se esfuerce no logra satisfacer sus planes ni ayudar en mucho a la gente, “termina no sólo por volverse uno más de esa comunidad improductiva y rutinaria que tanto despreciaba, sino que encabeza la lista de ellos” (V).

##### *El efecto de las condiciones en el personal de salud.*

Señalan que un factor que interviene tanto en la deshumanización como en la mala aplicación de la medicina es la *automatización*. La explicación es que esto surge de diferentes maneras: el médico satura su labor con actividades

**Cuadro 2**  
**Actividades Realizadas**

Dos grupos de estudiantes del séptimo semestre de la materia de neurología.

Total de alumnos participantes: 39

10 textos literarios a seleccionar según su preferencia (previo breve resumen de su contenido).

Se revisaron y analizaron 39 ensayos correspondientes a los 10 textos.

Total de 166 páginas.

Se revisaron y analizaron 93 textos sobre su experiencia en la práctica clínica.

Total de 113 páginas.

Total de páginas revisadas: 279

demasiado prácticas buscando disminuir el tiempo de consulta, su labor diaria se convierte en monótona debido a la falta de interés, estudio y creatividad. El médico decide no avanzar más en sus conocimientos y sobre todo, olvida la razón por la que decidió ser médico: ayudar a las personas.

Aún cuando perciben los efectos de las condiciones en las que se desenvuelve el médico, la cultura en la cual ellos mismos están inmersos los conduce a interpretarlo sólo como una responsabilidad individual. Por lo que cuestionan la resignación de médicos y personal de las instituciones públicas de trabajar en condiciones de explotación, mal remunerados y con falta de tiempo para cubrir sus necesidades y expectativas, así como las de sus pacientes (I, IV, V, IX).

#### *La imagen actual del médico.*

Algunos de ellos consideran que la hegemonía médica o el poder del médico, ha cambiado la imagen que se tenía de él. En su opinión, el médico ya no es un modelo a seguir, “pues han cometido tantas iatrogenias ya sea por descuido, por ignorancia, indiferencia, o corrupción y debido a esto ya no son un ejemplo de vida para otras personas”. Sin embargo, indican es importante que se les de otra oportunidad, “pues es de humanos cometer errores y todos necesitamos una segunda oportunidad” (VI).

#### *El modelo de los médicos residentes en la enseñanza.*

Como estudiantes se sienten todavía más del lado de los pacientes, por lo que se cuestionan cómo el mismo sistema de enseñanza a nivel de hospital, permite malos tratos de parte de residentes y médicos adscritos hacia los pacientes; y dado que son ellos quienes les proporcionan la mayoría de los conocimientos aplicables en medicina, “son sus modelos a seguir y los convierten a su imagen y semejanza” (IV).

#### *La ética del médico-investigador.*

Destaca la relevancia de la relación médico-paciente y el conflicto que muestra en una cultura capitalista de ver a éste como cliente. Les preocupa la dificultad en delimitar una línea divisoria entre la buena voluntad del médico y su soberbia, deseos de poder y reconocimiento y de tener ese “algo ventajoso” sobre los demás: “que llegue a ser tan grande que transforme y opaque la idea original, le robe el arte y el oficio y lo deje sólo en su práctica con los más mezquinos intereses”. De la actividad del médico como investigador, cuestionan los estudios que se realizan en países pobres en donde son ellos, los médicos e investigadores, los únicos beneficiados, por lo que justifican a los nativos que tienen cierto rencor hacia los médicos, porque éstos la mayoría de las veces los han visto como objetos de experimento, donde no les interesa ayudarlos en su padecimiento sino sólo recabar información y realizar investigaciones para llegar a resultados que jamás les son comunicados, además conocen poco a la gente y no se preocupan por la solución de sus problemas. De ahí la necesidad

de que el médico comparta los conocimientos que va obteniendo en el ejercicio de su trabajo para crear una mejor práctica (V, VI, VII, X).

#### *La necesidad del compromiso del médico de superar los obstáculos y carencias.*

En su opinión consideran que es necesario no dejar que a medida que pase el tiempo la indiferencia y la frialdad ganen ventaja sobre la vida; que es importante enfrentar los problemas y buscar la mejor solución. Por lo que reconocen cierta capacidad para actuar o de libre albedrío, en el sentido de que “no somos libres de escoger lo que nos pasa, sino de responder a lo que nos pasa de tal o cual modo” (VIII).

#### *El rol del médico como “salvador”.*

Los discursos contradictorios imperantes en nuestra cultura los conducen a ver el papel del médico como “héroe o salvador”. Por lo que cuestionan al médico no ver en cada paciente un ser humano que necesita su ayuda, que necesita que aplique sus conocimientos para curarlo y ayudarlo a vivir mejor, sino que sólo ve: “una billetera caminando, a la cual revisa por todos lados para sacarle dinero, entre más le saque mejor”. Y el paciente no ve en el médico a una persona común y corriente que tratará de ayudarlo en todo lo que pueda, sino que ve a su salvador, el que resolverá todos sus males, por lo que, si no ve los resultados esperados, el paciente tiende a desilusionarse, y su antes salvador se convierte en un “medicucho incompetente”. Por lo que hay quien cuestiona que dichas exigencias rebasan sus posibilidades reales: se le exige que cure la enfermedad, que sea empático, que escuche, comprenda, llore, sufra con el dolor ajeno en un contexto donde el mismo médico es visto sólo como un proveedor de un servicio. O en el caso opuesto: “El médico ve al paciente como una fuente de dinero sin importar su estado económico” (I, IX).

## **2. Una cultura materialista, individualista, enfocada en la tecnología.**

#### *Clasifica, etiqueta, destruye la relación médico-paciente.*

Reconocen que la costumbre de etiquetar a las personas por su enfermedad es una forma muy común de deshumanización, se reduce a la persona a su enfermedad llamándole: el diabético, el cirrótico, el asmático, el epiléptico, etc, rebajan el ser humano que está involucrado con estas enfermedades, a la persona que vive, que siente, que tiene familia, amigos, un empleo (VIII).

#### *Deja de lado la dimensión subjetiva para darle paso a la medicina basada en evidencias.*

Explican que con el avance de la tecnología se va dejando de lado la dimensión subjetiva para darle paso a la medicina científica o basada en evidencias. Esto lleva al médico



a convertirse en una persona fría que en muy pocas ocasiones se coloca en lugar del paciente; y poco a poco los síntomas y los datos subjetivos que menciona el paciente se van excluyendo para sólo tratar lo que el médico puede medir u observar. Esto ha producido una medicina menos humanista donde el médico solo trata de cuidar “el armazón de una máquina sin alma y sin emociones”. La no aceptación de la medicina por la parte subjetiva lleva al paciente a alejarse del médico. Y a incrementarse los tratamientos alternativos incluso la magia, con la finalidad de satisfacer necesidades que la sociedad requiere (V).

#### *El efecto en la misma práctica médica y el médico.*

El buscar el éxito a costa de lo demás, enfocarse sólo en el éxito personal e incluso olvidarse de su vida familiar y amigos. Una de las razones de porqué los médicos con el tiempo pierden ese sentido de humanidad y dejan de ver a las personas como tales y sólo las ven como objetos de trabajo y las manipulan sin siquiera pensar que son iguales a él. Consideran que “como tienen los medios y los conocimientos también el derecho de hacer lo que quieran” (V),<sup>16</sup>.

#### *La importancia de la relación médico-paciente en la práctica clínica.*

Estiman relevante tratar al paciente no solamente curar la enfermedad, por lo mismo el médico necesita escucharlo, y no dejarse guiar por la literatura y los artículos más recientes, dictando él mismo la clave del diagnóstico. Una relación donde el paciente es el que enseña al médico y éste es sólo intérprete (II).

#### *La falta de un equilibrio entre técnica, tecnología y humanismo.*

Recapitan el que hoy se pretende cambiar el antiguo modelo médico, y hacer del médico alguien que no pierda las bases humanísticas sin dejar de lado lo científico. Es decir, se desea aprender de los errores; así el no enfocarse al cien por ciento en lo científico, sino el mantener un equilibrio entre ambos. Considerar los distintos puntos de vista de la gente hacia la medicina y del médico hacia las demás ciencias (X).

### **3. El trabajo del médico en contextos económicos empobrecidos.**

Reconocen que el médico requiere realizar una medicina de acuerdo a las características que se le presentan; es decir, de acuerdo a las necesidades más apremiantes del lugar, para lo cual existe poco tiempo y energías. En muchos lugares donde las necesidades hacen que la vida diaria se haga selectiva, ignorando y dejando de lado situaciones que no dependen de ellos, selectiva la mayor parte de las veces ante la pobreza; donde tendrán que aprender a trabajar con recursos en ocasiones limitados, “pero no por ello de menos calidad en la atención” (VI).

### **4. La utilidad de la literatura en su formación.**

Juzgan que la literatura los hace reflexionar; les permite ir más allá de lo ya visto y dicho, los motiva a buscar mayor conocimiento, más cultura; en comparación con teorías o discursos que no tienen nada que ver con la realidad en que viven. Por ello consideran la importancia de las historias clínicas conducidas hacia el padecimiento del paciente para llegar al diagnóstico; de los distintos tipos de enfoques que se pueden llegar a tener de acuerdo a las prioridades y estilos de vida de cada individuo de acuerdo a su cultura; y del análisis de los problemas de éstos vistos en su propio contexto. (II, V, VI).

## **II) Segunda parte**

### **En cuanto a su percepción respecto a su propia experiencia en la práctica clínica se identificó lo siguiente:**

#### **1. Carencias en su formación:**

##### *Enseñanza de técnicas y recomendaciones para la entrevista clínica y la exploración física.*

Indican que a menudo la forma de realizar y desarrollar la entrevista clínica por parte del médico se ha considerado innata, relacionada con las dotes del profesional y sus características personales; la personalidad y forma de ser del médico, su estado de ánimo y otros factores influyen de forma importante en el encuentro médico-paciente, pero consideran que existen unas técnicas y recomendaciones determinadas que pueden mejorar su capacidad para mejorar la entrevista clínica. La forma de iniciar la relación con un paciente, de obtener información mediante la conversación y la exploración, la capacidad para hacerse entender, la habilidad para la negociación y el compromiso con las recomendaciones que hacen, la sensibilidad hacia los problemas del paciente, la habilidad para que los problemas de su práctica diaria no les alteren en exceso no son naturales sino que pueden mejorarse mediante una formación y práctica encaminada a la modificación de sus actitudes y hábitos cotidianos.

##### *Habilidades en la conducción de la entrevista.*

Señalan la importancia de aprender a llevar como médico, el control de la entrevista, “sin llegar a ser despota o el único que pueda opinar o hablar”, pero sí dirigir la entrevista porque sí permiten que sean los pacientes o los familiares quienes lo hagan, sólo se perderá el sentido y el fin del procedimiento y no llegarán a nada, estarán perdiendo tiempo, sobre todo en las instituciones públicas donde es un factor sumamente importante y es limitado para cada paciente. Además, el saber cómo conducirse ante un paciente y en qué posición mantenerse cuando éste comience a querer entablar una relación más profunda.

### *El manejo de sus emociones.*

Comentan los sentimientos de miedo, “nerviosismo”, ansiedad que sintieron al participar en las primeras entrevistas con pacientes. Al estar frente a ellos y conocer su problema, el motivo por el que acudieron a consulta, la forma en cómo repercute en su vida y aún, el padecimiento que los aqueja. Algunos revelaron que se sentían inseguros al mirarlos a los ojos y mirar a sus madres; y entender, comprender, darse cuenta de lo que esperan al llegar a la consulta, una nueva esperanza y poder brindársela. Hay quienes señalaron sentir miedo de lastimarlos e invadirlos, verlos como un objeto de experimentación para aprender y nada más: “Verlos como sólo cuerpo enfermo en el que van a encontrar ciertas cosas, signos, para encasillarlos en un nombre establecido y sólo eso”. Reconocen que les falta todavía y esperan con el tiempo lograr una estabilidad emocional, manejar mejor sus sentimientos y canalizar su energía de otra manera en beneficio del paciente, “para verlo todo de una forma integrada: cuerpo y alma, en sus pacientes”. Les preocupa no sólo saber cómo manejar sus emociones sino también las de los pacientes; se cuestionan por ejemplo ¿qué hacer cuando el padre de un paciente llora?.

### *Organizar la información y las actividades.*

Una dificultad a la que se enfrentaron fue la de llevar un orden en cuanto a la entrevista y la exploración física del paciente. El tratar de redactar la nota; comentan que es ahí, aún con toda la teoría del momento, sienten que no tienen un orden. Lo cual se ilustra en el siguiente párrafo: “no sabía qué orden llevar, no tenía un sistema, cómo hablar con la paciente, obtener los datos y escribir a máquina al mismo tiempo, tenía la idea de cómo hacerlo pero al momento de realizarlo lo hice en completo desorden. Suena tonto o exagerado pero curioso era que la paciente, la segunda refería ser muy nerviosa y que le sudan las manos, porque en ese momento parecía que mis manos estaban dentro de una bandeja con agua, mis manos estaban completamente húmedas y sin embargo intentaba darle confianza a la paciente demostrándole que sí en efecto no soy médico, soy estudiante pero una sabe lo que hace”.

### *La importancia de la historia clínica y el desarrollo de habilidades narrativas.*

Reconocen que la historia clínica de un paciente es como un cuento, en donde el paciente es el personaje protagonista, este cuento tiene sus componentes como su principio, su clímax y así hasta llegar a un fin. Se refieren con esto a que una historia clínica no es una simple recolección mecánica de datos fríos y calculados, sino que todos estos datos forman un todo.

### *Enseñar a dar malas noticias.*

Dentro de las habilidades necesarias en el desarrollo de la entrevista mencionan el adolecer de entrenamiento en dar malas noticias; puesto que se encontraron que en el tipo de servicio al que acudieron con frecuencia se presenta el retraso

mental o graves discapacidades.

### *La falta de integración en las diferentes actividades de la práctica clínica.*

Revelan que además de los “nervios” y la incertidumbre de cómo empezar la entrevista, también estuvo la parte de la exploración física, tal como se ilustra en el siguiente párrafo: “honestamente creo que me falla mucho eso, nunca sé cómo decirles a los pacientes qué les voy a hacer o cómo van a ser las cosas, lo hago porque sé que es lo correcto, pero creo que aún me falta vencer algún tipo de barrera que yo misma me pongo”. Consideran necesario perfeccionar la secuencia del interrogatorio y de la exploración física: “con estas prácticas se logra perder el miedo a atender a un paciente sin la presencia de otro doctor a cargo, con esto cuando salga podré realizar las actividades médicas con mucha más seguridad y de la forma más apropiada”.

### *La atención a niños y adultos.*

Otra de las carencias que señalan en su formación es la habilidad para relacionarse con los niños, y la diferencia que existe entre captar la atención de un niño y el interrogatorio con los padres. Por ello, la importancia de la enseñanza de habilidades en el manejo y comunicación con niños.

### *El diagnóstico depende de la pericia del clínico.*

Estiman que el establecer un diagnóstico certero depende de la pericia del investigador, lo cual requiere de:

### *Una formación integral, no solo lo orgánico también lo psicosocial.*

Hacen referencia a la importancia de que el médico pueda reconocer si se trata de un problema orgánico, psicológico o ambiental, porque dadas las condiciones de saturación en las instituciones de salud el médico tiene que ver todo tipo de problemas no sólo los de su especialidad. Además de reconocer que los padecimientos no son cien por ciento neurológicos, que muchas veces las enfermedades no tienen un componente orgánico aparente a simple vista, como una marcha atáxica, una hemiplejía, etc, sino que un componente psicosocial como violencia intrafamiliar, separación de los padres, una mala comunicación con los mismos e incluso un divorcio o la muerte, problemas de los cuales muchas veces a los médicos se les olvida analizar y que son de suma importancia para el diagnóstico correcto y el tratamiento empleado para curar sus malestares, es decir, “ven enfermedades y no enfermos” de forma integral. También aluden a una formación completa para poder identificar problemas psicológicos y psiquiátricos, lo cual se ilustra en el siguiente párrafo: “Precisamente días antes estaba leyendo en un libro que uno de los principales obstáculos para que los médicos logren su objetivo esencial, el diagnóstico de la enfermedad y el padecer, consiste en que excepto quienes han

recibido educación psicológica y psiquiátrica, la mayoría carecen de los conocimientos y la preparación para identificar ese conjunto de datos que constituyen la personalidad del individuo: la manera como piensa, su estilo personal de experimentar el mundo que lo rodea, la forma como se relaciona con los demás, el ambiente familiar, etc. Cuando mucho alcanzan a describir al paciente como: agradable, atento, inteligente, cortés, difícil, problemático, odioso o neurótico. Un diagnóstico más preciso de la personalidad proporcionaría elementos de gran utilidad para comprender al que padece y para ayudarlo mejor”. Además, comentan que conocer el ambiente familiar del paciente les revela mucho de éstos, y que llegar a este tipo de información no es nada fácil y más si el paciente no coopera o no se da cuenta de su propia situación.

#### *La falta de práctica.*

Otra de las carencias que mencionan reiteradamente es la falta de práctica, consideran que las prácticas les son útiles para reforzar el lado humano, que como alumnos tienen un trato directo con pacientes reales; y que de esa forma se pueden dar cuenta de la realidad en la que vive el médico durante el ejercicio de su profesión. El objetivo es lograr que den un servicio de calidad, y que mejor que aprender acercándose al paciente, que es el que realmente les enseña la práctica de la medicina. Además, mencionan la importancia de practicar la actitud de seguridad que deben mostrar con el paciente a la hora de hacer un interrogatorio y más, como lo señalan: “para que no te traten de muchachito y crean que no sabes nada y no te respondan”. Y como lo señala otro estudiante: “En esta práctica aprendí mucho, sobre todo el trato hacia la paciente y el familiar, porque ellos vienen a que tú los ayudes y mejores su salud, en este caso la madre se veía angustiada, cansada y preocupada por tantos años de ver a su hija enferma, eso es algo que entristece y cansa a la persona que lo vive, y muchas veces los médicos no ven ese lado y se portan prepotentes con los pacientes o no les dan el trato adecuado o la atención debida, por eso es muy importante que en nuestra formación médica haya Doctores que nos transmitan el lado humano de la medicina y “no ver sólo la enfermedad sino también el enfermo”.

El haber tenido la experiencia de participar en la consulta les hizo autoevaluarse en torno a lo que habían aprendido: reconocer qué les hizo falta hacer en la elaboración de la historia clínica, cuál es la influencia que tiene el nivel socioeconómico y el ambiente en el que se desarrolla la persona, el lugar donde vive. Identificar cómo afectan dichas condiciones en el paciente y su familia: problemas consecuencia de la pobreza; y compararlos con aquellos que tienen más recursos. Asimismo, observar cómo es en la realidad el trabajo institucional: las carencias de recursos para trabajar, las interrupciones, las consultas no especializadas que se canalizan al médico.

#### *Aprendizaje limitado a los libros.*

Comentan que no importa cuánto se lea y se practique con sus propios compañeros, al entrar a consulta aunque a veces sienten miedo, vergüenza, “nerviosismo”, no hay mejor forma de aprender a explorar que explorando pacientes reales, y esto se logra entrando a las consultas; se lamentan de que son pocos los maestros que saben el valor de esto. Tal como se manifiesta en el siguiente párrafo: “Solamente cambiar el pequeño marco de referencia de los libros por el grandísimo marco de referencia que ofrecía un paciente fue cuando pude darme cuenta de mi tamaño real. Esta infinita pequeñez había pasado por inadvertida para mí por mucho tiempo debido a que mi marco de referencia siempre han sido los libros: libros que son mudos y ciegos... libros que me han guiado y me han dado conocimiento que siempre es el mismo: puedo regresar una y otra vez al mismo libro y siempre voy a encontrar todos los signos y síntomas acomodados por el autor de la manera más sencilla y práctica. Aquel día aprendí que la medicina no es la más artística de las ciencias, ni la más científica de las artes; puesto que no es ni una ciencia ni un arte, ni una rama de la ciencia... La medicina es una manera de ver la vida, de abordar aquello que somos y que los demás son; una forma de entender y sentir al prójimo más allá de las posibilidades que cualquier ciencia o arte puede ofrecer”. Otro más comenta lo siguiente: “Es entonces que comprendo ahora que la experiencia es lo que verdaderamente hace al médico, no sólo devorarse los libros, y no es que eso esté de más sino que como médicos debemos dejarnos llevar más por nuestros instintos y experiencias propias, o simplemente el sentido común, porque los libros no lo dicen todo y todo lo que dicen no siempre es lo que se ve en la clínica”.

#### *Convivir con las personas.*

Coinciden en que sólo con el contacto con las personas pueden adquirir las habilidades necesarias para realizar adecuadamente la entrevista clínica y así poder establecer el diagnóstico, tratamiento, pronóstico. Reconocer cómo ha afectado el trastorno a un niño y en general a sus padres, saber cómo consolarlos, tener una actitud adecuada con los niños: todo esto sólo se puede lograr conviviendo con ellos.

#### *La ética de los estudiantes con sus pacientes.*

Reconocen que los familiares son los que permiten con su empatía, su generosidad que el alumno aprenda. Consideran injusto recibir más del paciente y de la madre de lo que alguno de ellos podría ofrecerles; comentan: “Por eso vale el esfuerzo y el tiempo que nos brindan los pacientes para nuestro aprendizaje y formación, en su mayoría sin saber, espero pagárselos con intereses”.

#### *La importancia del instructor como modelo, guía, orientador.*

Por último, se destaca la necesidad ineludible del instructor de que les explique al finalizar la consulta, para así



poder entender lo que está pasando; no sólo la observación directa y el trato con los pacientes. Señalan la importancia de que el maestro les corrija lo que no están realizando adecuadamente, así como de lo incorrecto. Aclaran que en su formación les hizo falta este tipo de experiencia, porque consideran que el criterio clínico forma la parte más importante del ejercicio médico. Al respecto indican: “Algunos no tuvimos la oportunidad de estar con un médico que nos explicara algún padecimiento en vivo y a todo color mientras observábamos al paciente. Esto no solamente tiene un efecto pedagógico, también tiene un efecto de motivación muy importante: uno se da cuenta de la situación real que viven las personas con una enfermedad, lo cual motiva a aprender más para poder ayudarlos mejor”.

## DISCUSIÓN

Entre los aspectos más importantes que arroja este estudio, destaca la identificación de las carencias y necesidades que los mismos estudiantes perciben de su aprendizaje; tales como la falta de práctica clínica, de convivir con las personas (los pacientes), de un aprendizaje limitado a los libros, así como de instructores que funcionen como modelo y guía. La necesidad de desarrollar habilidades para realizar la entrevista clínica, manejar sus emociones, sistematizar las actividades en la entrevista: organizar la información y realizar la exploración física, enseñar a dar malas noticias, capacitarlos en la atención a niños. Un entrenamiento en donde se establezca un abordaje no sólo a lo orgánico sino también a lo psicosocial. Lo anterior muestra el gran vacío en cuanto a la enseñanza de la clínica; lo cual concuerda con los resultados obtenidos en un trabajo anterior realizado por Campbell y Figueroa (2006) con residentes de segundo año de pediatría, con el propósito de conocer sus percepciones y actitudes acerca de los niños con enfermedades y/o discapacidades neurológicas, igualmente se encontró una brecha en el entrenamiento de la relación médico-paciente<sup>22</sup>.

Una posible explicación ante esta situación encontrada, retomando a Lifshitz (1999) radica en la insuficiencia formativa; a pesar de su trascendencia, no ha sido abordada con seriedad en muchos programas educativos. Este autor establece que el aprendizaje de la clínica se basa en experiencias, **pero experiencias sometidas a reflexión y análisis, a discusión y confrontación, a profundización teórica, a cuestionamiento y búsqueda. Y primordialmente se aprende con los pacientes, mediante el ejercicio de la responsabilidad en la atención con los enfermos**; la motivación para aprender está en el ejercicio de esta responsabilidad. Un elemento fundamental para el aprendizaje de la clínica es la vinculación auténtica entre la teoría y la práctica. Para lograr una vinculación en tiempo y contenido, entre teoría y práctica de la clínica, la teoría debiera supeditarse a la práctica: cada experiencia práctica debe ser seguida de un

análisis teórico. Si por el contrario, se parte de un programa teórico es muy difícil garantizar la oportunidad de una práctica equivalente.

Más que el conocimiento mismo, señala Lifshitz, el aprendizaje debe orientarse al método, en donde el alumno sea capaz de aceptar que cada nuevo caso constituye un reto nunca antes enfrentado del que saldrá adelante, siempre que cuente con las armas necesarias. Considera que la actitud hacia la investigación es un elemento fundamental en el aprendizaje de la clínica y que debe estar integrado a éste; además de contar con un ejemplo, un paradigma, alguien a quien el alumno quisiera imitar o a quien quisiera parecerse. Por último, un aspecto indispensable en el aprendizaje de la clínica es la supervisión, especialmente la retroalimentación. Argumenta que muchos vicios tienen los médicos porque nadie les dijo oportunamente que lo que hacían era incorrecto. Afirma que de nada sirve hacer historias clínicas que nadie lee, procedimientos que nadie observa, diagnósticos que nadie critica y decisiones terapéuticas que nadie sanciona. Por eso, aunque el esfuerzo personal es indispensable, insiste, no se puede ser autodidacta en el aprendizaje de la clínica.

No obstante, dichas actividades requieren un serio esfuerzo propositivo no sólo por parte de los profesores sino de las propias instituciones educativas, que no debe persistir sólo en el discurso.

## CONCLUSIONES

La práctica del ensayo sobre un texto literario les permitió a los estudiantes sensibilizarse y reflexionar en torno a temas polémicos como la deshumanización de la medicina, la hegemonía médica, y la ética en la medicina, entre otros importantes. Aunque es pertinente aclarar que la mayoría mostró una gran sensibilidad hacia el ámbito humano del paciente, pero dada su condición de estudiante y su falta de práctica clínica aún conservan un concepto idealizado de la función que tiene y puede desempeñar el médico, principalmente en un contexto de país en desarrollo y con las actuales cargas de trabajo en el ámbito institucional; y en donde todavía no han sido expuestos al ambiente competitivo y de relaciones de poder jerárquicas que tienen que enfrentar en un futuro próximo. Por otra parte, fue el ejercicio sobre su experiencia en la consulta lo que permitió, tanto a cada uno de ellos, como a los investigadores del presente trabajo, identificar sus propias carencias y necesidades en su aprendizaje escolar.

Lo anterior, muestra que las estrategias utilizadas cumplieron con los objetivos propuestos al inicio del estudio: acercar a los estudiantes al ámbito humanístico de la medicina; así como a la práctica clínica. Además, los resultados obtenidos nos proporcionan suficientes elementos para ser propositivos en cuanto a las brechas que habría que allanar en lo referente al conocimiento de la clínica. La frase reiterativa en sus narrativas de “no ver enfermedades sino enfermos” requiere ir

más allá de un simple eslogan o discurso. Por lo que consideramos impostergable diseñar dentro de la currícula, materias que contemplen dichas necesidades.

Futuros programas de estudio requieren tomar en cuenta los hallazgos encontrados para una intervención dirigida a cubrirlos. Para lo cual se requiere invertir mayores recursos,

en actividades que redunden en una mejor formación tanto de estudiantes, médicos-educadores e investigadores en el ámbito de la enseñanza y aprendizaje; así como en las áreas de asistencia e investigación. Y no sólo “depende” de la buena voluntad y vocación de personas intrínsecamente humanistas.

## REFERENCIAS

- 1.- Hunsaker Hawkins A, Chandler McEntyre M. Introduction: teaching literature and medicine: a retrospective and rationale. En: Hunsaker Hawkins A, Chandler McEntyre M. Teaching Literature and Medicine, New York: The Modern Language Association, 2000.
- 2.- Charon R. Narrative and medicine. *New England Journal Medicine* 2004; 350(9): 862-4.
- 3.- Squier HA. Teaching humanities in the undergraduate medical curriculum. En: Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine. London: BMJ Books, 1998.
- 4.- Charon R. Literature and medicine: origins and destinies. *Academic Medicine* 2000; 75(1): 23-7.
- 5.- Charon R, Trautmann Banks J, Connelly JE, Hunsaker Hawkins A, Montgomery Hunter K, Hudson Jones A, Montello M, Poirier S. Literature and medicine: contributions to clinical practice. *Annals of Internal Medicine* 1995; 122(8): 599-606.
- 6.- Hudson Jones A. Literature and medicine: Narrative ethics. *Lancet* 1997; 349 (26): 1243-6.
- 7.- Calman KC, Literature and Medicine. Literature in the education of the doctor. *Lancet* 1997; 350: 1620-2.
- 8.- Charon R. Narrative Medicine. A model of empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001; 286(15): 1897-1902.
- 9.- Charon R. Medical writings. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Annals of Internal Medicine* 2001; 134(1): 83-7.
- 10.- Alcauskas M, Charon R. Right brain: reading, writing, and reflecting. Making a case for narrative medicine in neurology. *Neurology* 2008; 70(11): 891-4.
- 11.- Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM. Facultad de Medicina, IMSS, 1997.
- 12.- Lowry M. Piedra infernal. México: Biblioteca Era, 1975.
- 13.- Sacks OW. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. México: Editorial Océano, 1985.
- 14.- Chejov A. El pabellón número seis. Madrid: Alianza, 1994.
- 15.- Sacks OW. Con una sola pierna. Barcelona: Editorial Anagrama, 1998.
- 16.- Shelley MW. Frankenstein. México. Editores Mexicanos Unidos, 2002.
- 17.- Sacks OW. La isla de los ciegos al color. Santa Fé de Bogotá: Grupo Editorial Norma, 1999.
- 18.- Garibay R. Abraham Fortes. En: De vida en vida. Garibay R. México: Editorial Océano, 1999.
- 19.- Oé K. Una cuestión personal. Barcelona: Editorial Anagrama, 1989.
- 20.- Tolstoi L. La muerte de Iván Ilich. México: Salvat Editores, S A, 1985.
- 21.- Sacks OW. Escotoma: una historia de olvido y desprecio científico. En: Historias de la ciencia y el olvido, Sacks O, Miller J, Gould SJ, Kevles DJ, Lewontin RC. Madrid: Ediciones Siruela, 2001.
- 22.- Campbell-Araujo OA, Figueroa-Duarte AS. Percepción de médicos residentes de segundo año de pediatría, sobre enfermedades crónicas y discapacidades en neuropediatría. *Revista Mexicana de Neurociencias* 2006; 7(5): 441.